

АНАЛІЗ ПОМИЛОК ПРИ ВИКОНАННІ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ У ПАЦІЄНТІВ З УСКЛАДНЕНОЮ ХРЕБЕТНО-СПИННОМОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

Державна установа «Український державний НДІ медико-соціальних проблем

інвалідності МОЗ України» (ДУ «Укр. Держ. НДІ МСПІ МОЗ України»)

(м. Дніпропетровськ)

Дана робота є фрагментом пошукової теми.

Вступ. Під хребетно-спинномозковою травмою (ХСМТ) розуміють механічне ушкодження хребта та/або вмісту хребетного каналу (спинного мозку, його оболонки і судин, спинномозкових нервів). Частота ХСМТ у різних географічних регіонах варіює від 29,4 до 50 випадків на один мільйон жителів; чоловіки порівняно з жінками травмуються в 2,5–4 рази частіше [1, 3]. За останні роки питома вага ХСМТ зросла майже в 30 разів, а за 70-літній період – більш, ніж в 200 разів [2, 4, 9, 10].

В структурі загального травматизму ускладнена хребетно-спинномозкова травма становить від 0,7 до 8 %, та від 6,3 до 20,3 % – серед травм кісток скелету [3, 7]. Більш ніж в 80 % випадків вона виникає в осіб молодого віку – від 17 до 45 років [4, 2]. Інвалідність у результаті ушкоджень спинного мозку варіює від 57,5 до 96 (і навіть до 100 % при забоях шийного відділу спинного мозку) [5].

Лікування хворих з ушкодженнями хребта та спинного мозку є складним завданням сучасної медицини. Зважаючи на рівень інвалідизації, травма спинного мозку розцінюється як одне з найважчих і прогнозовано несприятливих ушкоджень у людини. На даний час вважають, що оперативне втручання потрібно проводити так швидко, як це дозволяє стан хворого. Оптимальним вважається проведення операції в перші 24 години після травми [6, 7]. Разом з тим, ургентне оперативне втручання направлено на декомпресію мозку без адекватної стабілізації хребта вважають хибною тактикою, оскільки при нестабільному ушкодженні хребта перекладання хворого може призвести до ще більшої травматизації спинного мозку [8, 9]. Відновне лікування цих хворих вимагає від медперсоналу особливого терпіння й майстерності. Вчасно надана кваліфікована реабілітаційна допомога, істотно поліпшує наслідки травми й підвищує якість життя постраждалого [8–10].

Мета дослідження – провести аналіз помилок при виконанні оперативних втручань у пацієнтів з ускладненою хребетно-спинномозковою травмою.

Об'єкт і методи дослідження. Нами проведено аналіз медичної документації 65 хворих, які проходили обстеження в клініці ДУ «Укр. Держ. НДІ МСПІ МОЗ України». Були досліджені результати оперативних втручань, проведених в гострому періоді

ускладненої хребетно-спинномозкової травми. Для аналізу були відібрані пацієнти (n=65), які протягом 3–4 місяців після проведення операції, були визнані інвалідами I чи II групи. Всі пацієнти були розділені в залежності від статі – чоловіки 51 (78 %), жінки 14 (22 %), віку, виду оперативних втручань, часу втручання, результат було відстежено за шкалою Frankel. Розподіл за віком представлений в наступній таблиці (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл хворих за віковими періодами

Вікові періоди	Кількість хворих	
25–44 (молодий)	61*	94 %
44–60 (середній)	4	6 %
60–75 (похилий)	0	0 %
Всього	65	100 %

Примітка: * P<0,01

Таблиця 2

Розподіл пацієнтів згідно шкали Frankel до лікування

A	B	C	D	E
5 (8 %) хворих	20 (31 %) хворих	15 (23 %) хворих	24 (37 %) хворих	1 (1 %) хворих

Таблиця 3

Термін виконання операцій

Термін	Абс. число	%
< 24 годин	0	0%
24–72 години	0	0%
3–7 діб	10	15%
7 діб – 1 місяць	46*	71%
> 1 місяця	9	14%

Примітка: * P<0,01

Таблиця 4

Розподіл пацієнтів згідно шкали Frankel через рік після операції

A	B	C	D	E
5 (8 %) хворих	20 (31 %) хворих	16 (24 %) хворих	24 (37 %) хворих	0 (0 %) хворих

Для клінічної оцінки початкового рівня неврологічного дефіциту пацієнти були розподілені згідно шкали Frankel (табл. 2).

Залежно від застосування оперативних методик всі хворі були розділені на 2 групи. Першу групу склали хворі, яким виконували декомпресивно-стабілізуючі оперативні втручання – 2 (3 %). Другу – пацієнти, до яких застосовували інші види оперативних втручань (декомпресивні без стабілізації, стабілізуючі без декомпресії) – 63 (97 %).

В наступній таблиці визначено терміни виконання операцій (табл. 3).

Для оцінки результатів лікування пацієнти досліджені згідно шкали Frankel через рік (табл. 4).

Результати досліджень та їх обговорення. Слід нагадати, що для дослідження були відібрані хворі, які отримали I чи II групу інвалідності, яку не змінювали на меншу під час наступного переогляду. Більшість хворих з хребетно-спинномозковою травмою були чоловіки (78 %). Вік отримання травм найчастіше молодий (94 %). За шкалою Frankel основна частина належала до груп В (31 %), С (23 %) та D (37 %). Основна частина операцій (97 %) була проведена не в повному обсязі (по відношенню до сучасних рекомендацій щодо проведення декомпресивно-стабілізуючих втручань). Невиправданим також є «затягування» втручання посилаючись на «стабілізацію» стану хворого. Аналіз медичної документації свідчить про можливість проведення операції в перші 24–72 години після травми, попри це реально операції проводили понад тиждень (71 %), а то й місяць (14 %) після травми. Ті 3 % операцій, які

провели в достатньому обсязі, виявились неефективними, бо були проведені в термін понад місяць після отримання травми. Неефективність проведення тільки декомпресивних або тільки стабілізуючих операцій у пацієнтів з ускладненою хребетно-спинномозковою травмою на рівні з несвоєчасним проведенням операцій підтверджує не тільки наявність групи інвалідності, яку як правило через 2–3 переогляду встановлюють безстроково (коли реабілітація стає безперспективною), а й результати через рік за шкалою Frankel. Через рік після проведення операцій (які покликані полегшити стан хворого, аж до його повного одужання) позитивних змін не настало, а навіть виявилось незначне погіршення – група В (31 %), група С збільшилась на 24 %, група не змінилась D (37 %), а в групі Е не було жодного пацієнта.

Висновки

1. Для поліпшення результатів оперативних втручань у хворих з ускладненою хребетно-спинномозковою травмою в гострому періоді слід дотримуватись декомпресивно-стабілізуючих принципів їх проведення.

2. Час проведення операцій також має принципове значення для поліпшення результатів оперативного лікування ускладненої хребетно-спинномозкової травми.

Перспективи подальших досліджень. Результати дослідження будуть використані при вдосконаленні стандартів оперативного лікування хворих з хребетно-спинномозковими травмами в гострому періоді.

Література

1. Бадалов В. Современный подход в лечении сочетанных травм позвоночника / В. Бадалов, К. Коростылев, И. Сенько // IV Съезд нейрохирургов России: Материалы съезда. Москва, 18–22 июня. – 2006. – С. 6–7.
2. Дулаев А. Ревизионные вмешательства у пострадавших с позвоночно-спинномозговой травмой грудной и поясничной локализации / А. Дулаев [и др.]. // IV Съезд нейрохирургов России: Материалы съезда. Москва, 18–22 июня. – 2006. – С. 38–39.
3. Клінічні протоколи надання медичної допомоги хворим за спеціальностями «Нейрохірургія» та «Дитяча нейрохірургія» // Український нейрохірургічний журнал. – 2008. – № 3. – 224 с.
4. Курамшин А. Оказание экстренной нейрохирургической помощи больным с позвоночно-спинномозговой травмой / А. Курамшин [и др.]. // IV Съезд нейрохирургов России: Материалы съезда. Москва, 18–22 июня. – 2006. – С. 63.
5. Поліщук М. Є. Сучасні принципи діагностики та лікування хворих із хребетно-спинномозковою травмою: методичні рекомендації / М. Є. Поліщук. – Київ, 2006. – 36 с.
6. Buldini B. Neurogenic bladder: etiology and assessment / B. Buldini, A. Amigoni, R. Faggini, A. Laverda // *Pediatr Nephrol.* – 2008. – № 23(4). – P. 41–51
7. Charles C. Does The Use Of An ECD (Electrical Conductivity Device) Assist With Accurate Pedicle Screw Placement In Patients With Upper Thoracic Spine Trauma? A Retrospective Clinical Collection / Court Charles, Cesar Vincent, Ciaran Bolger, David Powell // Всероссийская научная конференция с международным участием «Неотложные состояния в вертебрологии»: Материалы съезда. С. -Петербург, 13–14 сентября. – 2013. – С. 209–210.
8. Kornienko V. Diagnostic Neuroradiology / V. Kornienko, I. Pronin // Springer-Verlag Berlin Heidelberg. – 2009. – P. 1288.
9. Launay F. A prospective study of health and risk of mortality after spinal cord injury / F. Launay, A. Leet, P. Sponseller // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* – 2008. – № 89 (8). – P. 1482–1491.
10. Miles K. Multidetector Computed Tomography in Cerebrovascular Diseases: CT Perfusion Imaging / K. Miles, J. Eastwood, M. Konig // Informa UK Ltd. – 2007. – P. 175.

УДК 616–035. 7, 616–089: 616–089. 168, 611. 82, 611. 711

АНАЛІЗ ПОМИЛОК ПРИ ВИКОНАННІ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ У ПАЦІЄНТІВ З УСКЛАДНЕНОЮ ХРЕБЕТНО-СПИННОМОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

Тарасенко О. М., Мирончук Л. В.

Резюме. Проведено аналіз медичної документації 65 хворих, які проходили обстеження в клініці ДУ «Укр. Держ. НДІ МСПІ МОЗ України». Були досліджені результати оперативних втручань, проведених в

гострому періоді ускладненої хребетно-спинномозкової травми. Основна частина операцій (97 %) була проведена не в повному обсязі (по відношенню до сучасних рекомендацій щодо проведення декомпресивно-стабілізуючих втручань). Аналіз медичної документації свідчить про можливість проведення операції в перші 24–72 години після травми, попри це реально операції проводили понад тиждень (71 %), а то й місяць (14 %) після травми. Неefективність проведення тільки декомпресивних або тільки стабілізуючих операцій у пацієнтів з ускладненою хребетно-спинномозковою травмою на рівні з несвоечасним проведенням операцій підтверджує не тільки наявність групи інвалідності, яку як правило через 2–3 переогляду встановлюють безстроково (коли реабілітація стає безперспективною), а й результати через рік за шкалою Frankel.

Ключові слова: хребетно-спинномозкова травма, операції, результати, інвалідність.

УДК 616–035. 7, 616–089: 616–089. 168, 611. 82, 611. 711

АНАЛИЗ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННОЙ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Тарасенко О. Н. , Мирончук Л. В.

Резюме. Проведен анализ медицинской документации 65 больных, которые проходили обследование в клинике ГУ «Укр. Гос. НИИ МСПИ МОЗ Украины». Были исследованы результаты оперативных вмешательств, проведенных в остром периоде осложненной позвоночно-спинномозговой травмы. Основная часть операций (97 %) была проведена не в полном объеме (по отношению к современным рекомендациям относительно проведения декомпрессионо-стабилизирующих вмешательств). Анализ медицинской документации свидетельствует о возможности проведения операции в первые 24–72 часа после травмы, однако реально операции проводили через неделю (71 %), а то и месяц (14 %) после травмы. Неefективность проведения только декомпрессионо-стабилизирующих операций у пациентов с осложненной позвоночно-спинномозговой травмой на уровне с несвоевременным проведением операций подтверждает не только наличие группы инвалидности, устанавливающую как правило через 2–3 переосвидетельствования бессрочно (когда реабилитация бесперспективна), а и результаты через год по шкале Frankel.

Ключевые слова: позвоночно-спинномозговая травма, операции, результаты, инвалидность.

UDC 616–035. 7, 616–089: 616–089. 168, 611. 82, 611. 711

Analysis of Failures of Performing Surgery in Patients with Complicated Spinal Trauma

Tarasenko O. , Myronchuk L.

Abstract. Vertebral and spinal injury understand as the mechanical damage of the spine and / or contents of the spinal canal (spinal cord and its membranes and blood vessels, spinal nerves). Frequency vertebral and spinal injury in different geographical regions ranging from 29. 4 to 50 cases per one million, men compared to women injured in 2,5-4 times more. In recent years, the proportion of vertebral and spinal injury increased in 70-year period – more than 200 times.

Treatment of patients with injuries of the spinal cord is challenging modern medicine. Given the level of disability, spinal cord injury is regarded as one of the most difficult and predictably bad injury in humans. Currently believe that surgery should be carried out as quickly as it allows the patient's condition. The best is the operation in the first 24 hours after injury.

The analysis of 65 medical documentations of patients who underwent examination at the clinic SI «Ukrainian State Institute of Medical and Social Problems of Disability of MPH of Ukraine». We investigated the results of surgeries performed in acute complicated by vertebral and spinal injury.

For analysis, patients were selected (n=65) that within 3-4 months after the operation was recognized as disabled I or II group. All patients were divided according to gender – men 51 (78%), 14 women (22%), age, type of surgery, time of surgery, the results were traced on a Frankel scale.

Depending on the application of operational procedures, all patients were divided into 2 groups. The first group consisted of patients who performed decompressive-stabilizing surgery – 2 (3%). Second – patients, which used other types of surgery (decompressive without stabilization, stabilizing without decompression) – 63 (97%).

It will be recalled that in the study were selected patients who received I or II disability group that has not changed in less the next time you reexamination. Most patients with vertebral and spinal injury were male (78%). Age of injury often young (94%). On a scale of Frankel main part belonged to group B (31%), C (23%) and D (37%).

Most of the operations (97 %) was not carried out in full (relative to the current recommendations of the decompressive-stabilizing interventions). Analysis of the medical documentation indicates the possibility of an operation in the first 24–72 hours after injury, although it is real surgery was performed more than a week (71 %), and even a month (14 %) after injury. Inefficiency of only decompressive or just stabilizing operations in patients with complicated spinal trauma operations with untimely confirms not only the presence of disability, which is usually after 2–3 years establish permanent (when rehabilitation is futile), but also results during year on Frankel scale.

Key words: spinal trauma, surgery, results, disabilities.

Рецензент – к. мед. н. Хом'яков В. М.

Стаття надійшла 13. 03. 2014 р.